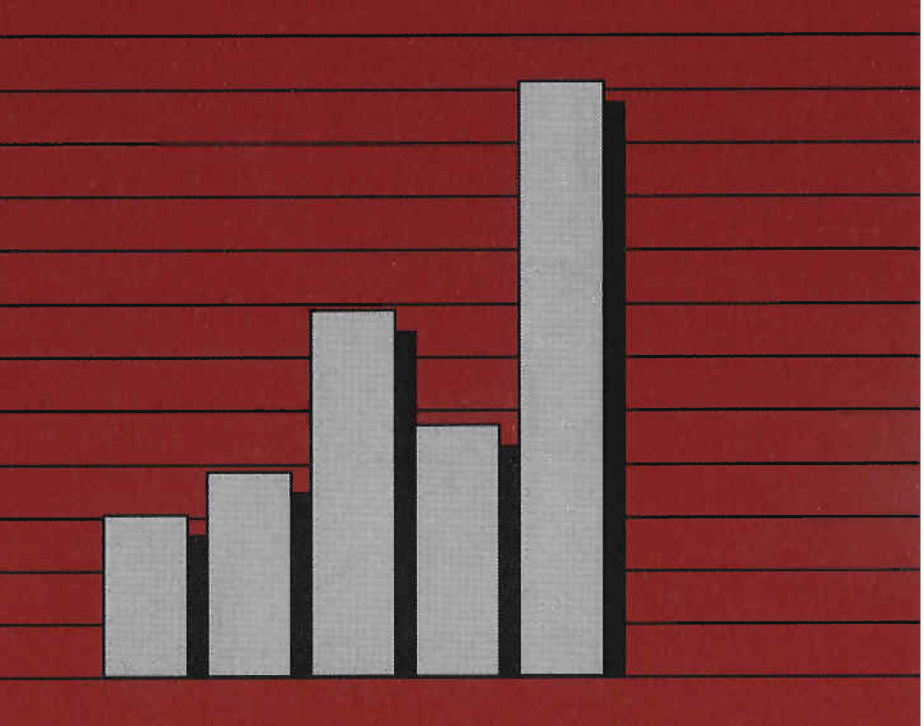


République Centrafricaine



Enquête Démographique et de Santé 1994-95

RAPPORT DE SYNTHÉSE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 1994-95

RAPPORT DE SYNTHÈSE


DSEE/R. Ndamobissi

Direction des Statistiques Démographiques et Sociales
Division des Statistiques et des Études Économiques
Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale
BP 696
Bangui, RCA

Décembre 1995

Rapport préparé par :
R. Ndamobissi, G. Mboup et E. Nguélébé

Production :
S. Moore, K. Mitchell et J. Dammons

Ce rapport résume les principaux résultats de la Première Enquête Démographique et de Santé en République Centrafricaine (EDSRCA) réalisée en 1994-1995 par la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales de la Division des Statistiques et des Études Économiques (Ministère du Plan, des Finances et de la Coopération Internationale).

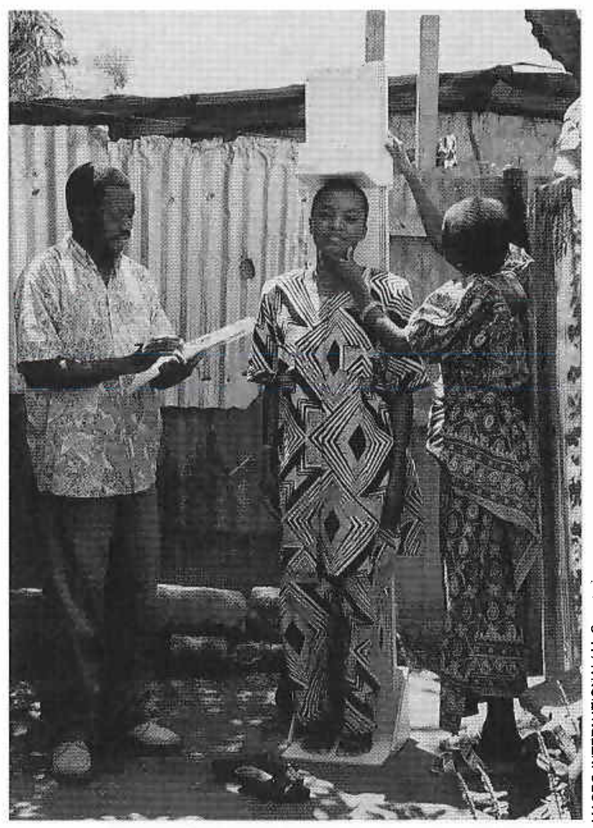
L'EDSRCA, initiée par le gouvernement centrafricain, fait partie de la troisième phase du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de Macro International Inc. Elle a bénéficié du financement du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Des informations complémentaires sur l'EDSRCA peuvent être obtenues auprès de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales de la Division des Statistiques et des Études Économiques, BP 696 Bangui (RCA), Téléphone (236) 612554. Concernant le Programme DHS, des renseignement peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999).

Cadre de l'enquête

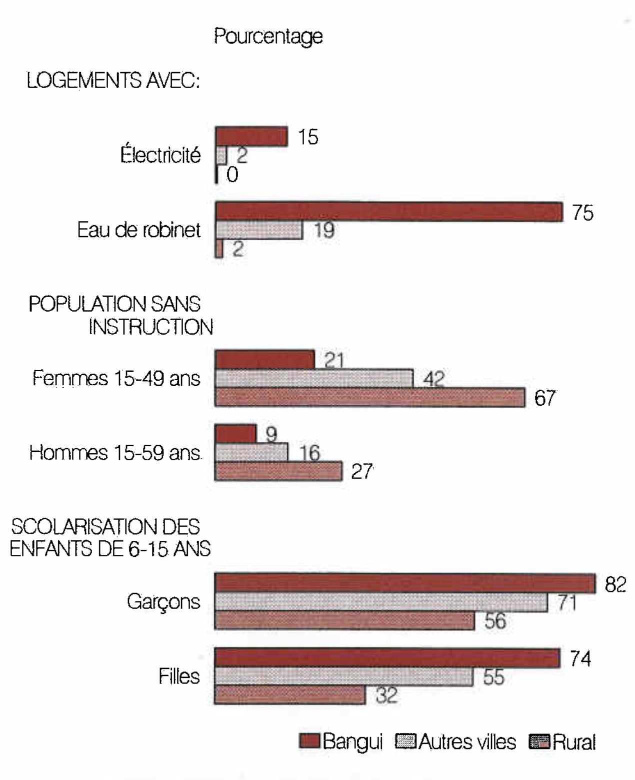
L'Enquête Démographique et de Santé en République Centrafricaine (EDSRCA, 1994-95) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales de la Division des Statistiques et des Études Économiques (Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale) avec l'assistance de Macro International Inc.

L'EDSRCA fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la mortalité des enfants et des mères, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants et des mères ainsi que sur le sida, l'excision et la disponibilité des services de santé et de planification familiale. Ces informations sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (Bangui, autre urbain et rural) et au niveau des régions sanitaires. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de septembre 1994 à mars 1995, 5 884 femmes âgées de 15-49 ans et 1 729 hommes âgés de 15-59 ans ont été interviewés avec succès. En outre, des informations sur la disponibilité des services communautaires ont été collectées dans chacune des 231 grappes de l'échantillon.



MACRO INTERNATIONAL/ M. Seroussi

Graphique 1
Caractéristiques des ménages et de la population enquêtée




DSEE/R. Ndamobissi

Caractéristiques de la population de l'enquête

Avec 47 % de personnes âgées de moins de 15 ans, la population de la République Centrafricaine est extrêmement jeune. Les 15-59 ans représentent 50 % de l'ensemble et seulement 3 % de la population est âgée de 60 ans ou plus. Les ménages comptent en moyenne 4,9 personnes (5,8 en milieu urbain contre 4,4 en milieu rural). Seulement 3 % des ménages possèdent l'électricité, et cela presque exclusivement en milieu urbain (8 %). À peine 5 % des ménages urbains ont accès à de l'eau potable.

La majorité des femmes de 15-49 ans (52 %) n'ont aucune instruction, 35 % ont le niveau primaire et seulement 14 % ont atteint le niveau secondaire ou plus. La proportion de femmes sans intruction est particulièrement élevée dans les zones rurales (67 % contre 32 % en milieu urbain). Contrairement aux femmes, le pourcentage d'hommes ayant été à l'école est relativement important (80 %), même en milieu rural où la proportion est de 73 % (contre 88 % en milieu urbain).

Moins du tiers des ménages consomment du sel iodé (28 %). Les régions sanitaires II et III sont celles où les ménages utilisent le plus fréquemment du sel iodé pour la cuisine (respectivement, 80 et 41 %).

Seulement 28 % des ménages consomment du sel iodé. L'utilisation du sel iodé pour la cuisine est particulièrement faible dans les régions sanitaires IV, V et à Bangui.

Fécondité

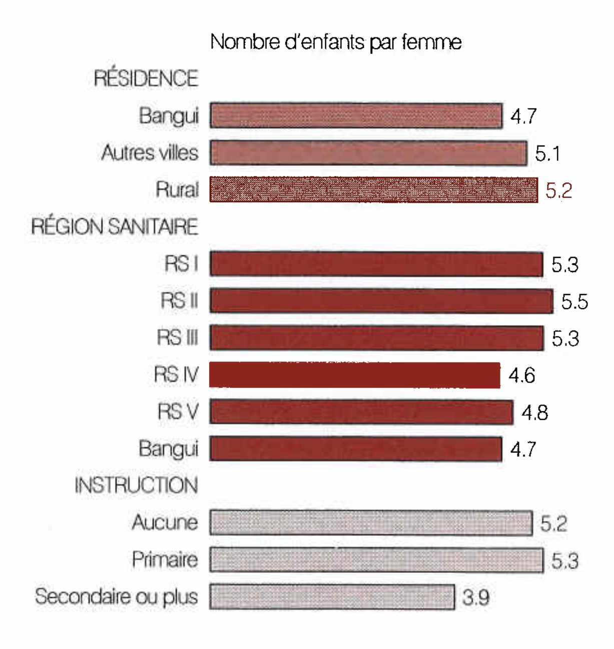
Niveaux et tendances

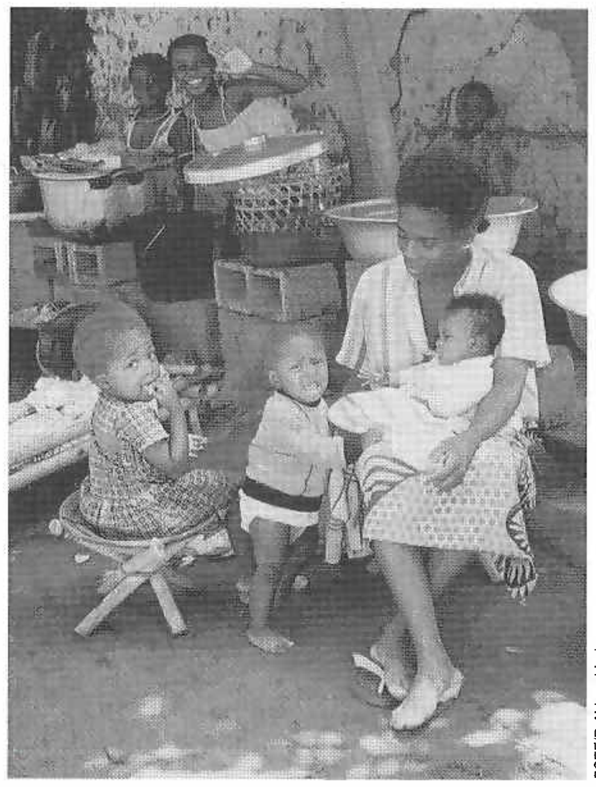
Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes centrafricaines donneront naissance, en moyenne, à 5,1 enfants au terme de leur vie féconde. La majorité des mères ont eu leur premier enfant à un âge jeune, avant 20 ans.

Le comportement en matière de fécondité est peu différent entre le milieu rural et les autres villes. Les régions sanitaires IV et V ainsi que Bangui ont les niveaux de fécondité les plus faibles (respectivement, 4,6, 4,8 et 4,7 enfants par femmes). Ces niveaux de fécondité plus faibles qu'ailleurs pourraient s'expliquer, à Bangui, par les effets de l'urbanisation alors que, dans les régions sanitaires IV et V, ils résulteraient plutôt de l'infécondité.

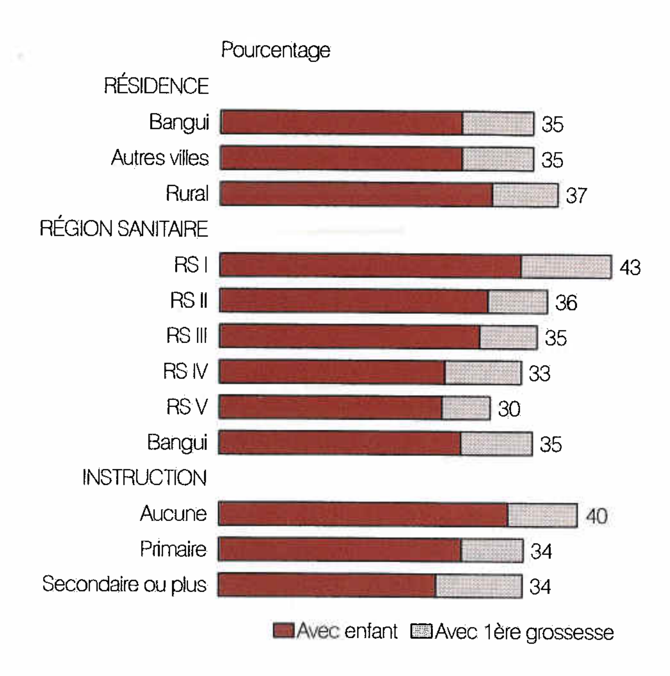
Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes centrafricaines pourraient donner naissance, en moyenne, à 5,1 enfants à la fin de leur vie féconde.

Graphique 2
Indice synthétique de fécondité par caractéristiques socio-démographiques

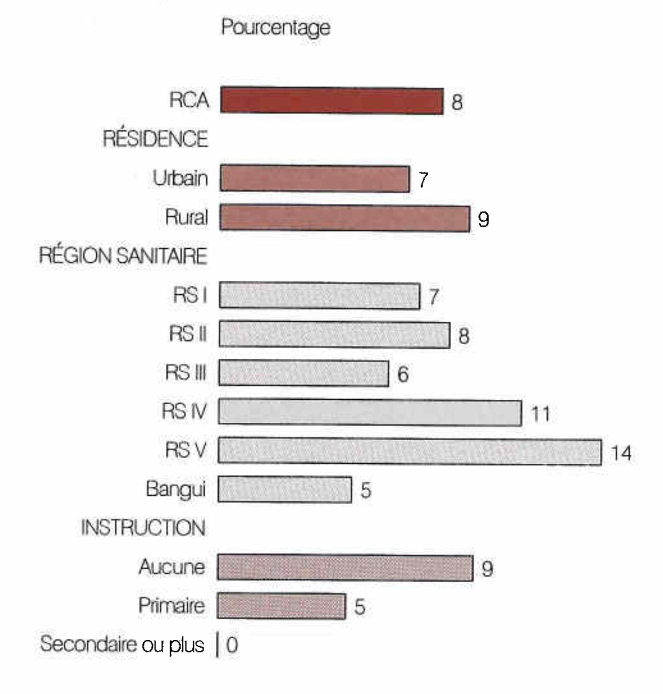



DSEE/R. Ndamobissi

Graphique 3
Fécondité des adolescentes (15-19 ans) par caractéristiques socio-démographiques



Graphique 4
Femmes âgées de 40-49 ans sans naissance vivante



Fécondité des adolescentes

Au moment de l'enquête, plus du tiers des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois (respectivement, 28 % et 8 %). Cette fécondité précoce est particulièrement importante chez les adolescentes de la région sanitaire I (43 %) et chez celles sans niveau d'instruction (40 %).

Parmi les adolescentes de 15-19 ans, 36 pour cent ont déjà eu, au moins, un enfant ou sont enceintes pour la première fois.

Stérilité et infécondité

La stérilité demeure toujours importante en République Centrafricaine, où 8 % des femmes âgées de 40-49 ans n'ont pas eu de naissance vivante. Cette proportion est particulièrement élevée dans les régions sanitaires IV et V (respectivement, 11 et 14 %) qui sont traditionnellement les zones d'infécondité du pays. Toutefois, au niveau des générations récentes, le phénomène d'infécondité semble avoir perdu de son importance.

Grossesses improductives

Près du tiers des femmes (29 %) ont déjà eu une ou plusieurs grossesses improductives, se terminant par une fausse couche, un avortement ou un mort-né. Ces grossesses improductives sont plus fréquentes dans les régions sanitaires IV (36 %) et V (35 %).

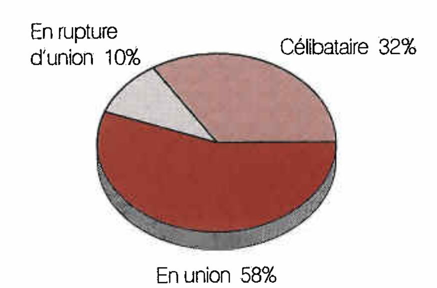
Nuptialité et exposition au risque de grossesse

Le mariage (formel ou non) est quasi universel en République Centrafricaine (à 35-39 ans, neuf femmes sur dix sont ou ont été mariées) et les femmes entrent en union très tôt (plus de la moitié des femmes de 20-49 ans sont mariées avant l'âge de 17,4 ans). Pour les hommes de 20-59 ans, la majorité sont entrés en union avant l'âge de 25 ans.

Les femmes centrafricaines entrent en union à un âge précoce : plus d'une femme sur deux est déjà mariée avant l'âge de 17,4 ans.

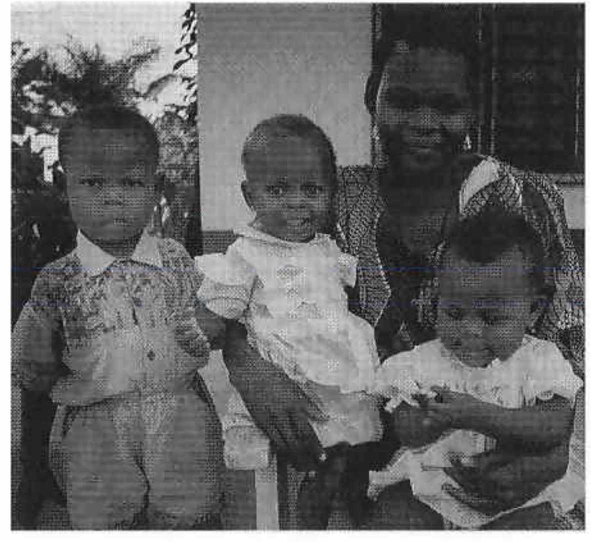
Graphique 5
État matrimonial des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans

En rupture d'union 11%
Célibataire 20%
En union 69%
FEMMES



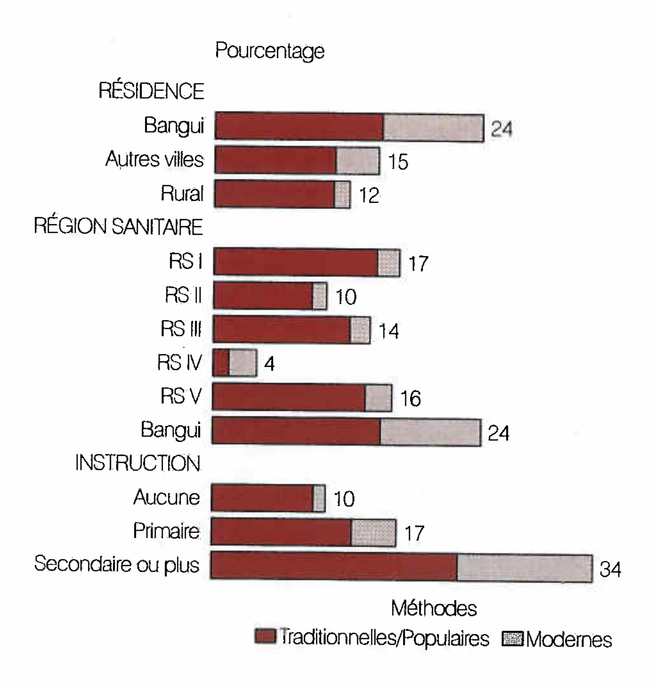
L'activité sexuelle débute très tôt en République Centrafricaine : une femme sur deux a eu ses premiers rapports sexuels avant l'âge de 16 ans et, à 18 ans, la majorité des hommes ont eu leurs premiers rapports sexuels.

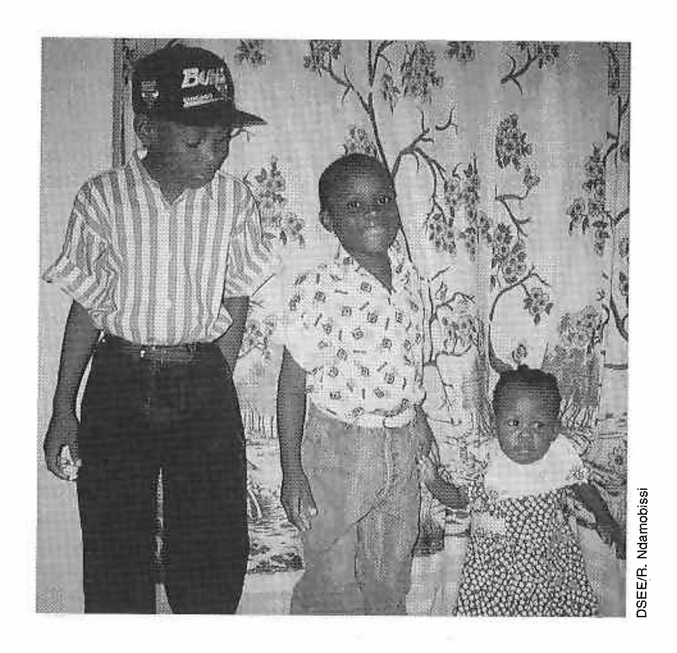
Par suite d'une abstinence post-partum et d'une aménorrhée prolongée après une naissance, les femmes centrafricaines ne sont pratiquement pas soumises au risque de grossesse pendant, en moyenne, 17,5 mois.



DSEE/R. Ndamobissi

Graphique 6
Prévalence de la contraception par caractéristiques socio-démographiques (Femmes de 15-49 ans en union)




DSEE/R. Ndamobissi

Planification familiale

Connaissance de la contraception

Plus de trois femmes sur quatre (76 %) connaissent, au moins, une méthode de contraception, mais cette proportion n'est plus que de 68 % pour les seules méthodes modernes. La connaissance de la contraception moderne est plus élevée chez les jeunes générations que chez les plus anciennes : seulement 45 % des femmes de 45-49 ans connaissent une méthode moderne de contraception contre 75 % des femmes de 20-24 ans. C'est en milieu rural (57 %) et chez les femmes sans instruction (53 %) que les méthodes modernes sont les moins connues.

Utilisation de la contraception

Trente neuf pour cent des femmes en union ont déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode de contraception, dont 11 % une méthode moderne. Cependant, 15 % seulement des femmes en union utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête, dont 3 % une méthode moderne. Chez les hommes en union, la prévalence contraceptive atteint 24 % : 20 % pour les méthodes traditionnelles et 4 % pour les méthodes modernes.

Seulement 3 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne de contraception.

La pilule (1 %) et le condom (1 %) sont les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et l'abstinence prolongée sont les plus utilisées (respectivement, 5 % et 6 %).

La prévalence de la contraception moderne est positivement associée à l'urbanisation et à l'instruction des femmes : seulement 1 % des femmes du milieu rural utilisent une méthode moderne contre 6 % de celles du milieu urbain. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de 1 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 12 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Attitude vis-à-vis de la planification familiale

Dans près d'un tiers des couples (32 %), l'homme et la femme approuvent la planification familiale; en outre, dans 28 % des cas, l'un des deux partenaires l'approuve. C'est seulement dans 15 % des couples que les deux partenaires désapprouvent la planification familiale.

La majorité des femmes (58 %) et des hommes (51 %) ont déclaré n'avoir reçu, de la radio ou de la télévision, aucun message relatif à la planification familiale pendant les six mois ayant précédé l'enquête. Seulement 42 % des femmes et 48 % des hommes en avaient entendu parler à la radio et, respectivement, 7 % et 10 %, à la télévision. Toutefois, la grande majorité des femmes (82 %) et des hommes (87 %) sont favorables à la diffusion d'informations sur la planification familiale dans les média.

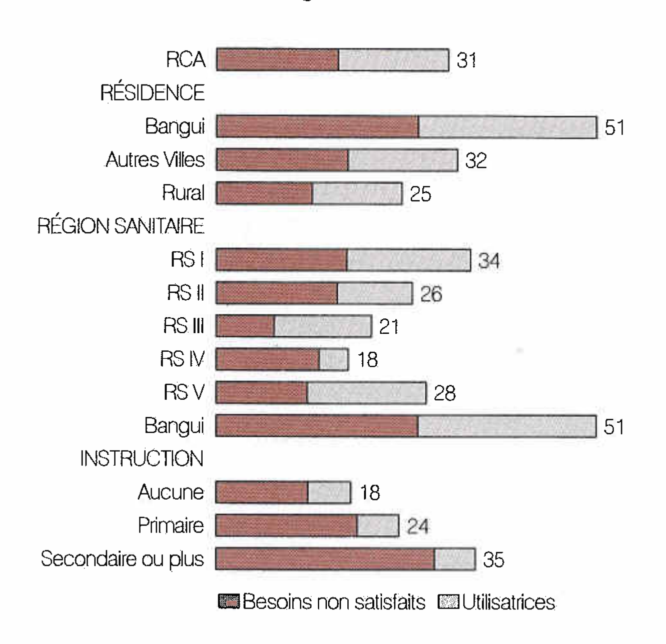
Plus du tiers des femmes en union non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête ont manifesté l'intention de l'utiliser dans le futur et, dans la majorité des cas, dans les 12 prochains mois (33 %).



MACRO INTERNATIONAL/J. Cushing

La grande majorité des femmes et des hommes approuvent la diffusion d'informations sur la planification familiale, mais moins de la moitié d'entre eux ont reçu des messages relatifs à la planification familiale à la radio et/ou à la télévision.

Graphique 7
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale (Femmes de 15-49 ans en union)





DSEE/R. Ndamobissi

Parmi les femmes non-utilisatrices de la contraception, le tiers a exprimé l'intention de la pratiquer dans les 12 prochains mois.

Préférences en matière de fécondité

En République Centrafricaine, les femmes désirent avoir, en moyenne, 6,4 enfants et les hommes, 7,9 enfants. Cependant, plus du quart des femmes (27 %) veulent espacer leurs naissances de plus de deux ans et 12 % ne désirent plus d'enfant supplémentaire.

Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

L'enquête révèle que 16 % des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale. Il s'agit des femmes actuellement non-utilisatrices de la contraception qui veulent attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (espacement des naissances : 12 %) ou qui ne veulent plus d'enfants (limitation de la descendance : 5 %). Avec les 15 % de femmes utilisatrices, la satisfaction de cette demande pourrait entraîner une augmentation de la prévalence contraceptive qui atteindrait 31 % (23 % pour l'espacement des naissances et 8 % pour la limitation). La demande potentielle totale de planification familiale varie de 51 % à Bangui, à 32 % dans les autres villes et à 25 % en milieu rural.

La satisfaction de l'ensemble de besoins en planification familiale pourrait faire passer le taux de prévalence contraceptive de 15 % à 31 %.

Mortalité des enfants et des mères

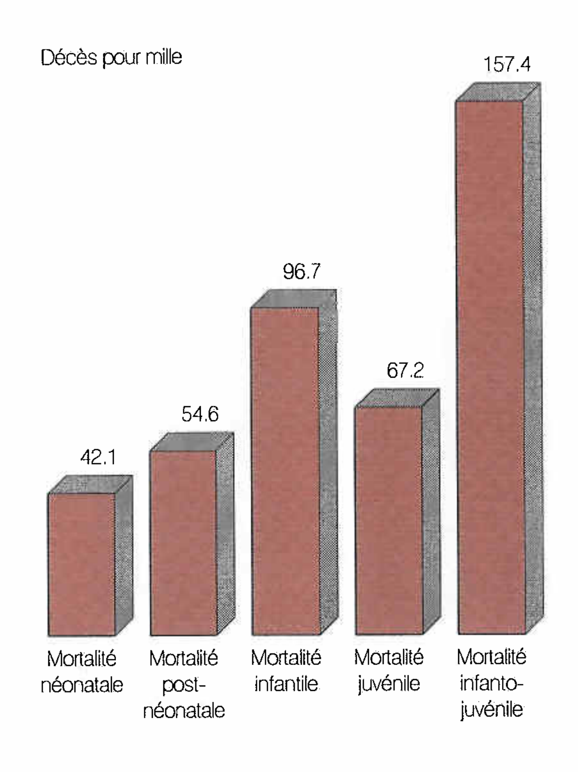
Mortalité des enfants

La mortalité des enfants centrafriains demeure toujours élevée. Durant les cinq années ayant précédé l'enquête, sur 1 000 enfants nés vivants, 97 sont décédés avant leur 1er anniversaire; sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 67 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. La mortalité infanto-juvénile (de la naissance à l'âge de 5 ans exacts) touche 157 enfants pour 1 000 naissances vivantes.

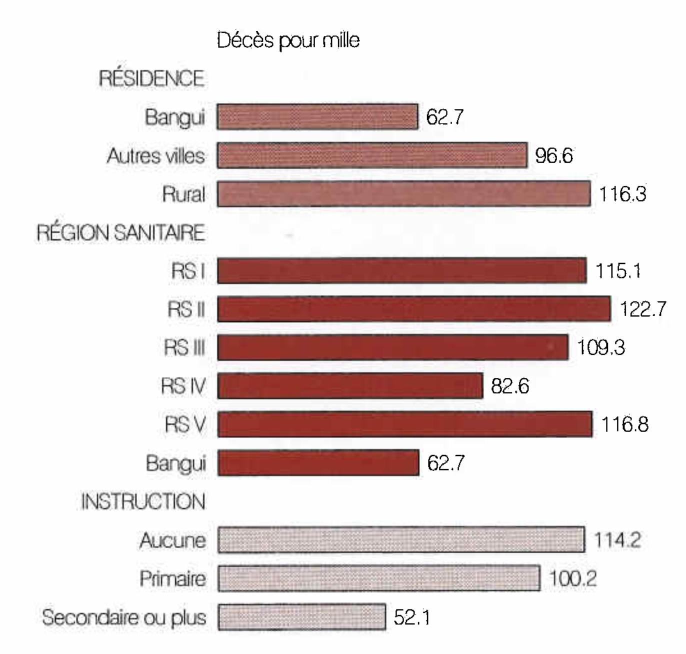
Sur 1 000 naissances, 97 décèdent avant l'âge d'un an. Sur 1 000 naissances, 157 décèdent avant leur 5e anniversaire.

Les enfants du milieu rural sont particulièrement touchés par la mortalité : sur 1 000 naissances, 116 n'atteignent pas le 1er anniversaire contre 80 ‰ en milieu urbain. De même, les enfants dont la mère n'est pas instruite courent un risque de décéder avant l'âge de 1 an nettement supérieur à celui des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (respectivement, 114 ‰ et 100 ‰ contre 52 ‰).

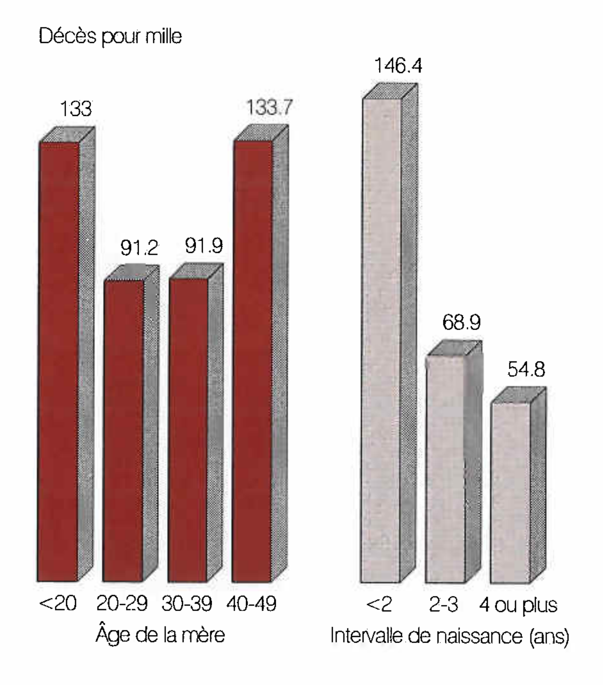
Graphique 8
Mortalité des enfants de moins de 5 ans



Graphique 9
Mortalité infantile par caractéristiques socio-démographiques



Graphique 10
Mortalité infantile par âge de la mère et intervalle de naisssances





MACRO INTERNATIONAL/ M. Seroussi

Les enfants nés de mère très jeune (moins de 20 ans) ou très âgée (40 ans ou plus) sont plus exposés au risque de décéder que les enfants de mère âgée de 20-39 ans, surtout au cours de la première année (133 °/₀₀ contre 91 °/₀₀). Les intervalles intergénésiques très courts (inférieurs à deux ans) sont également associés à une mortalité infantile plus élevée (146 °/₀₀) que celle associée aux intervalles intergénésiques plus longs (69 °/₀₀ et 55 °/₀₀ pour, respectivement, des intervalles de 2-3 ans et 4 ans ou plus).

Causes de décès des enfants

Durant la période néonatale, les problèmes obstétricaux (37 %) et/ou le faible poids à la naissance (27 %) constituent des causes importantes de décès. Tandis que, durant la période 1-35 mois après la naissance, les infections respiratoires aiguës (35 %), les maladies diarrhéiques (22 %), la sous-nutrition (20 %) et/ou la rougeole (8 %) constituent les causes les plus importantes de décès.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est trés élevée en République Centrafricaine. Pour 100 000 naissances, 948 mères décèdent, soit au cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, ou durant les six semaines suivant ces deux évènements.

Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

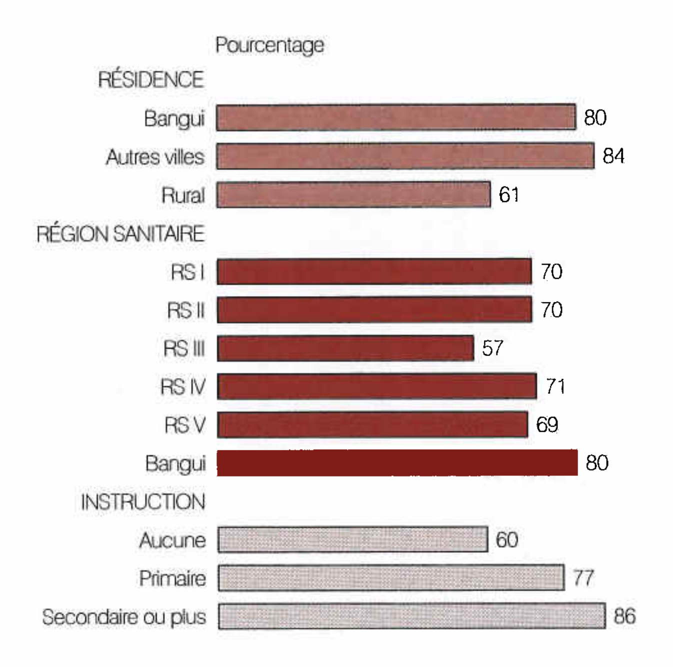
Pour deux naissances sur trois survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête (67 %), la mère a bénéficié de soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé. De même, pour plus de deux naissances sur trois, la mère a reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse (70 %).

En milieu urbain, pour la quasi-totalité des naissances, la mère a reçu des soins prénatals (90 %) et a été vaccinée contre le tétanos (82 %). Par contre, en milieu rural, ces proportions n'atteignent, respectivement, que 51 % et 61 %.

Seulement la moitié des naissances ont eu lieu dans des établissements sanitaires (50 %). Dans moins de la moitié des cas (46 %), les accouchements se sont déroulés avec l'aide d'un professionnel de la santé. Les matrones traditionnelles ont assistés 19 % des accouchements. Enfin, le tiers des accouchements ont eu lieu avec la seule assistance de parents ou amis.

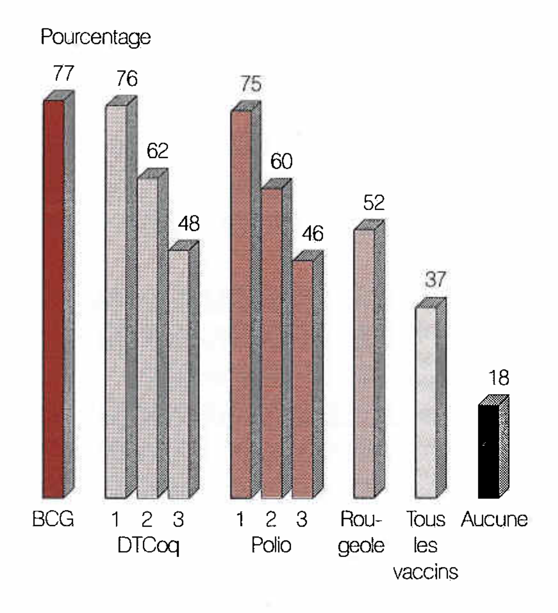
L'utilisation des services de santé pour les accouchements n'est pas uniforme dans le pays : dans la capitale, pour 82 % des naissances, l'accouchement a eu lieu dans un établissement sanitaire, contre 78 % dans les autres villes et 30 % en milieu rural.

Graphique 11
Vaccination antitétanique durant la grossesse (Naissances des trois années précédant l'enquête)



Pour deux naissances sur trois, les mères ont consulté un professionnel de la santé. Cependant, seulement la moitié des accouchements se sont déroulés dans des établissements sanitaires.

Graphique 12
Vaccination des enfants de 12-23 mois

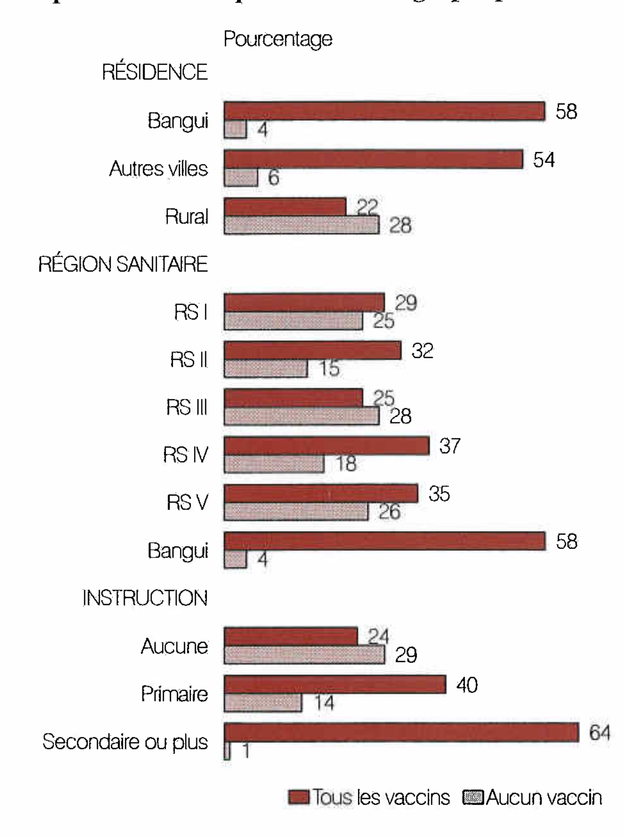


Vaccination

Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, seulement 37 % des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations (c'est-à-dire, le BCG, la rougeole et les trois doses de polio et de DTCoq). A l'inverse, 18 % des enfants n'ont reçu aucune de ces vaccinations. Plus des trois quarts des enfants de 12-23 mois (77 %) ont reçu le BCG, 52 % ont été vaccinés contre la rougeole et les trois quarts (75 %) ont reçu la première dose de polio et de DTCoq. Mais, il y a une forte déperdition entre la première et la troisième dose de ces deux derniers vaccins : seulement 46 % et 48 % des enfants ont reçu, respectivement, la troisième dose de polio et de DTCoq.

Seulement 37 % des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations. Un pourcentage important d'enfants (18 %) n'ont reçu aucune vaccination.

Graphique 13
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par caractéristiques socio-démographiques



La couverture vaccinale demeure plus importante en milieu urbain (56 % des enfants ont reçu toutes les vaccinations) qu'en milieu rural (22 %). Les différences sont aussi prononcées selon le niveau d'instruction de la mère: 65 % des enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire ont reçu tous les vaccins contre 40 % des enfants de mère ayant le niveau primaire et seulement 24 % pour cent des enfants de mère sans instruction.

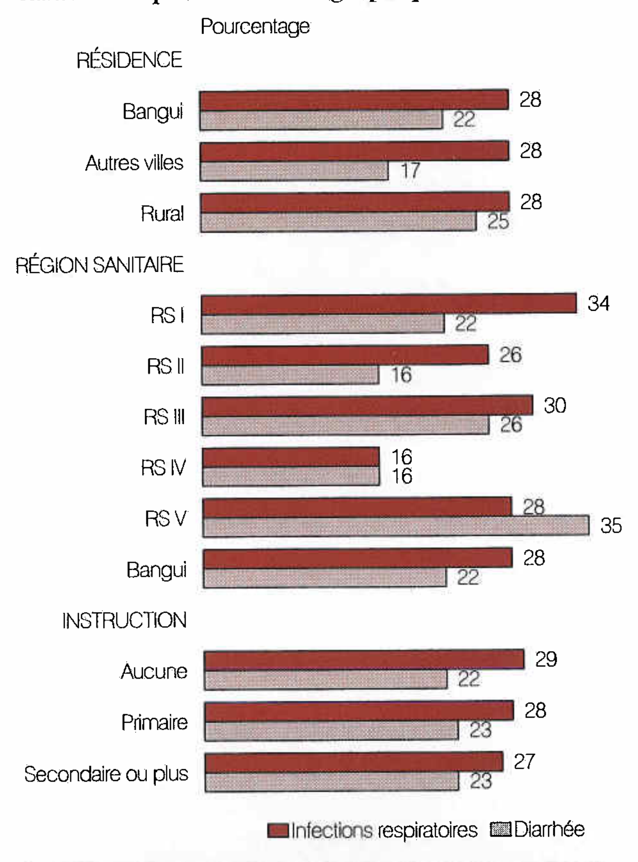
Maladie des enfants et traitements

Près d'un enfant de moins de trois ans sur quatre (23 %) a eu, au moins, un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi les enfants de moins de trois ans souffrant de diarrhée, seulement 28 % ont reçu des Sels de Réhydratation par voie Orale. Les trois quarts des enfants (74 %) ont reçu davantage de liquides; par contre, pour 10 % des enfants, il n'y a eu aucun traitement.

Près d'un enfant de moins de trois ans sur quatre (23 %) a eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête.

Plus d'un quart des enfants de moins de 3 ans (28 %) ont souffert de la toux et d'une respiration rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. De même, plus du tiers des enfants de moins de 3 ans (35 %) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi les enfants ayant souffert de la toux ou ayant eu la fièvre, 41 % ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire.

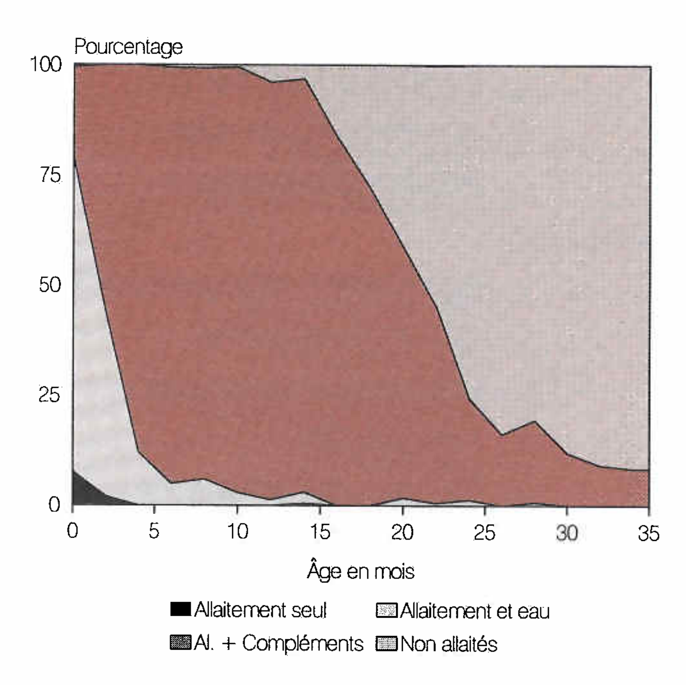
Graphique 14
Prévalence des infections respiratoires et de la diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans par caractéristiques socio-démographiques





MACRO INTERNATIONAL/J. Cushing

Graphique 15
Allaitement et alimentation de complément par âge des enfants





Allaitement

L'allaitement est pratiquement universel en République Centrafricaine : 97 % des enfants nés au cours des trois dernières années ont été allaités. Ce n'est qu'à partir du 21e mois que la moitié des enfants sont sevrés.

Les aliments de complément sont introduits à un âge précoce : seulement 8 % des enfants de moins de deux mois sont exclusivement allaités. À cet âge, en plus du sein, la majorité des nouveau-nés (71 %) reçoivent de l'eau et 21 % reçoivent d'autres liquides ou des aliments solides.

La quasi totalité des enfants sont allaités jusqu'à leur premier anniversaire. Cependant, à moins de deux mois, 92 % des enfants reçoivent de l'eau, d'autres liquides et/ou des aliments solides en plus du sein.

État nutritionnel de enfants

Plus du tiers des enfants de moins de 3 ans (34 %) sont atteints de sous-nutrition chronique (ou retard de croissance) dont 14 % sous une forme sévère. Cette sous-nutrition qui se traduit chez les enfants par une taille insuffisante par rapport à l'âge débute dès le plus jeune âge (20 % à 6-11 mois), s'aggrave jusqu'à 24 mois (45 % à 12-23 mois) pour se maintenir ensuite à un niveau élevé (46 % à 24-35 mois).

Plus du tiers des enfants (34 %) accusent un retard de croissance.

En République Centrafricaine, 7 % des enfants souffrent de sous-nutrition aiguë (émaciation), c'est-à-dire ont un poids trop faible par rapport à leur taille. À 12-23 mois, un enfant sur dix est atteint de cette forme de sous-nutrition. Après le deuxième anniversaire, la proportion d'enfants émaciés diminue considérablement.

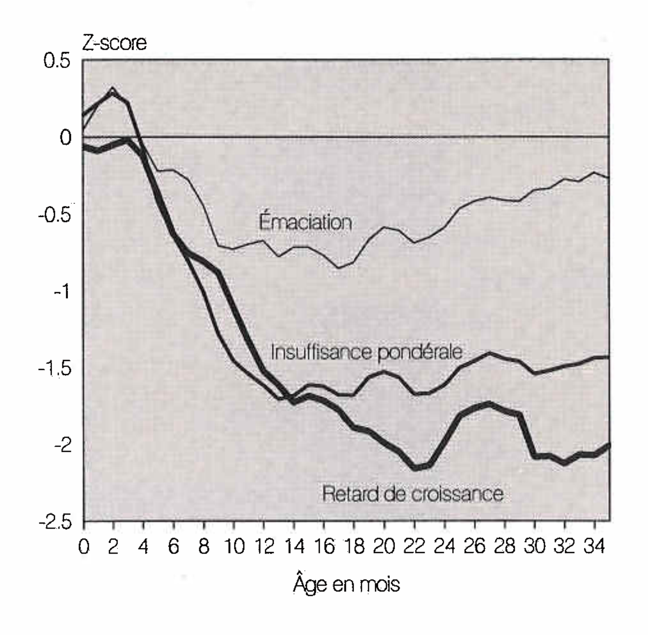
Un enfant sur quatorze (7 %) est émacié.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne 27 % des enfants de moins de 3 ans, dont 8 % sont atteints de la forme sévère.

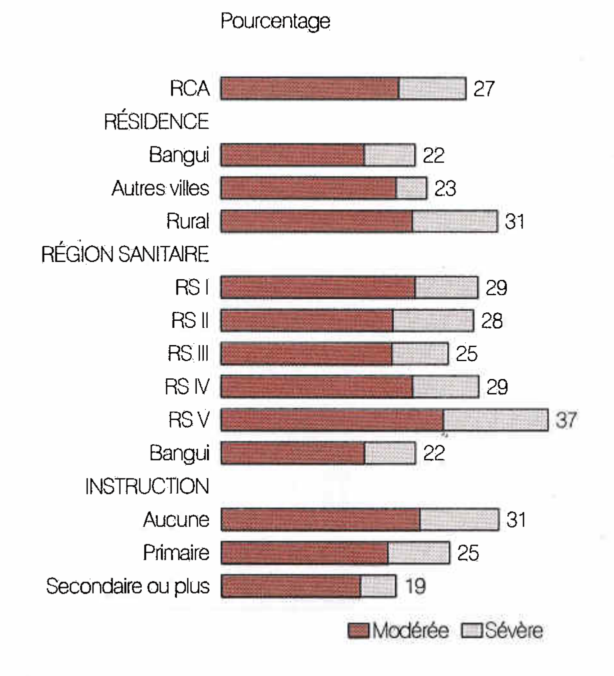
État nutritionnel de mères

En République Centrafricaine, 15 % des femmes ont un Indice de Masse Corporelle se situant en-deçà du seuil critique (moins de 18,5 kg/m^2) et présentent ainsi une déficience énergétique chronique. Par contre, près de 7 % des femmes ont un indice très élevé (25 ou plus) et entrent sans équivoque dans la catégorie des surpoids.

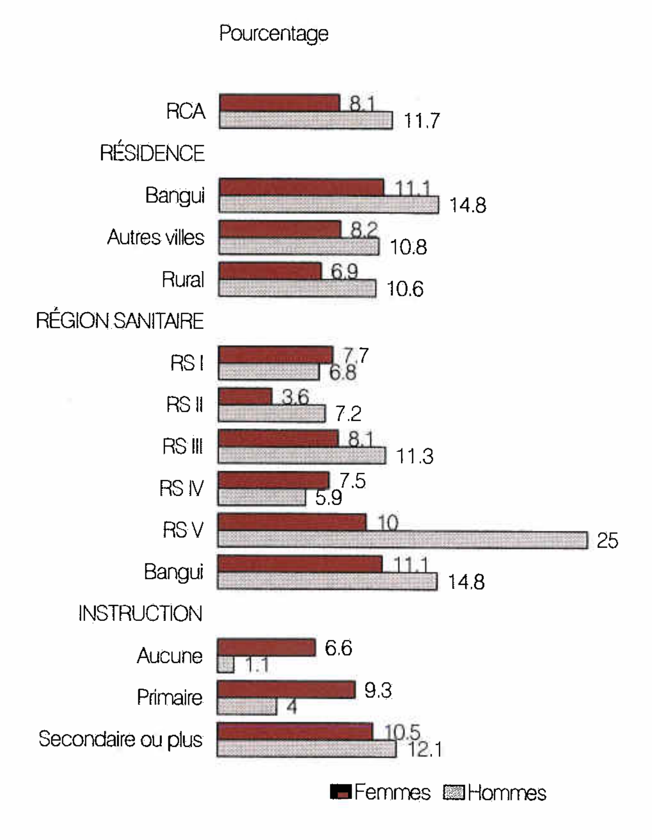
Graphique 16
État nutritionnel des enfants de moins de 3 ans selon l'âge



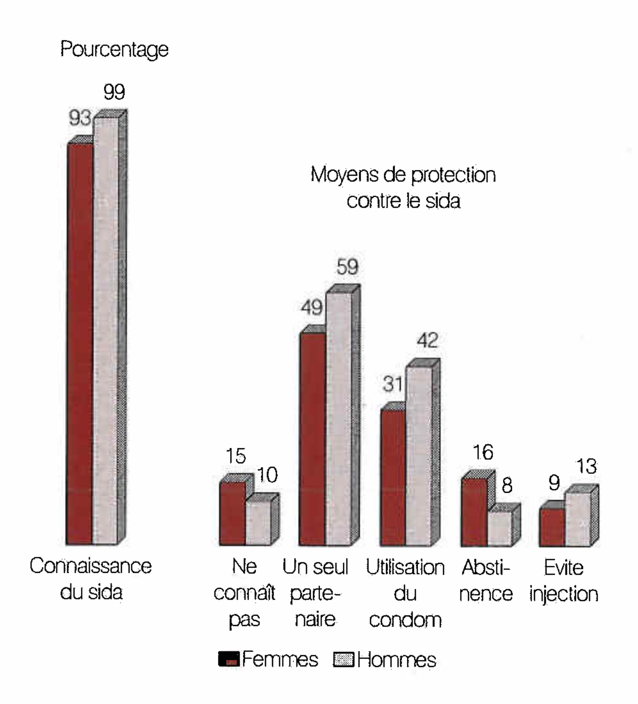
Graphique 17
Enfants de moins de 3 ans présentant une insuffisance pondérale



Graphique 18
Prévalence des maladies sexuelles transmissibles



Graphique 19
Connaissance du sida et moyens de protection contre le sida



MST et sida

Les MST sont des maladies très connues en République Centrafricaine où 82 % des femmes et 96 % des hommes en ont entendu parler. Le sida est mieux connu que les autres MST (93 % des femmes et 99 % des hommes).

La prévalence des MST est également élevée : 8 % des femmes et 12 % des hommes ont déclaré avoir eu, au moins, une MST durant les 12 mois précédant l'enquête. La gonococcie (4 %) et la syphilis (2 %) semblent être les MST les plus répandues chez les femmes.

Huit femmes sur cent et 12 % d'hommes ont déclaré avoir eu une MST durant les 12 mois précédant l'enquête.

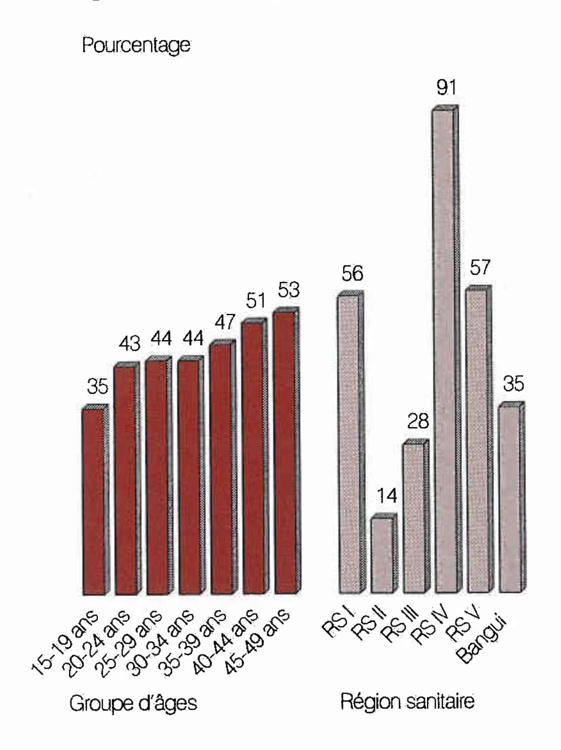
Dans l'ensemble, 85 % des femmes et 90 % des hommes ont déclaré connaître, au moins, un moyen de prévention contre le sida. N'avoir qu'un seul partenaire est le moyen le plus fréquemment cité (49 % chez les femmes, et 59 % chez les hommes) suivi de l'utilisation du condom (respectivement, 31 % et 42 %).

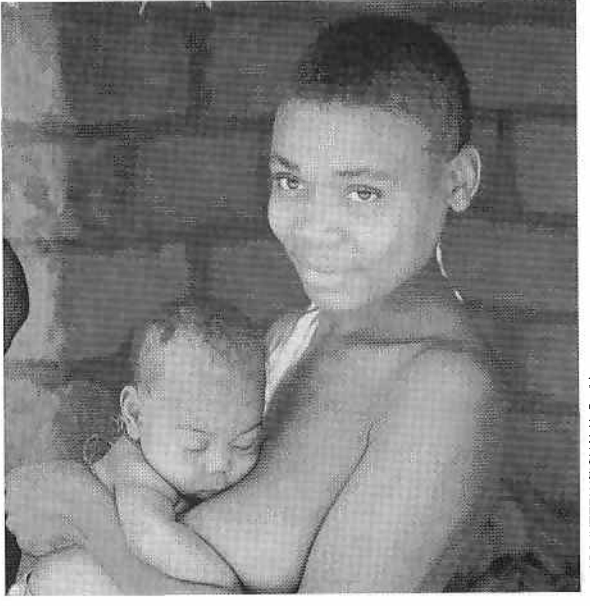
Excision

Plus de quatre femmes sur dix (43 %) ont déclaré avoir été excisées. La pratique de l'excision est quasi universelle dans la région sanitaire IV où plus d'une femme sur dix (91 %) ont été excisées. On constate des différences selon l'appartenance ethnique : l'excision est plus pratiquée chez les Banda (84 %) et les Mandjia (71 %) que chez les Yakoma-Sango et les Ngbaka-Bantu chez qui elle est négligeable. Les résultats mettent aussi en évidence l'influence du niveau d'instruction sur cette pratique : prés de la moitié des femmes sans niveau d'instruction ont déclaré avoir été excisées contre 23 % des femmes ayant le niveau secondaire ou plus.

Près de la moitié des femmes centrafricaines de 15-49 ans sont excisées (43 %). Dans la région sanitaire IV, la pratique de l'excision est quasi-universelle (91 %).

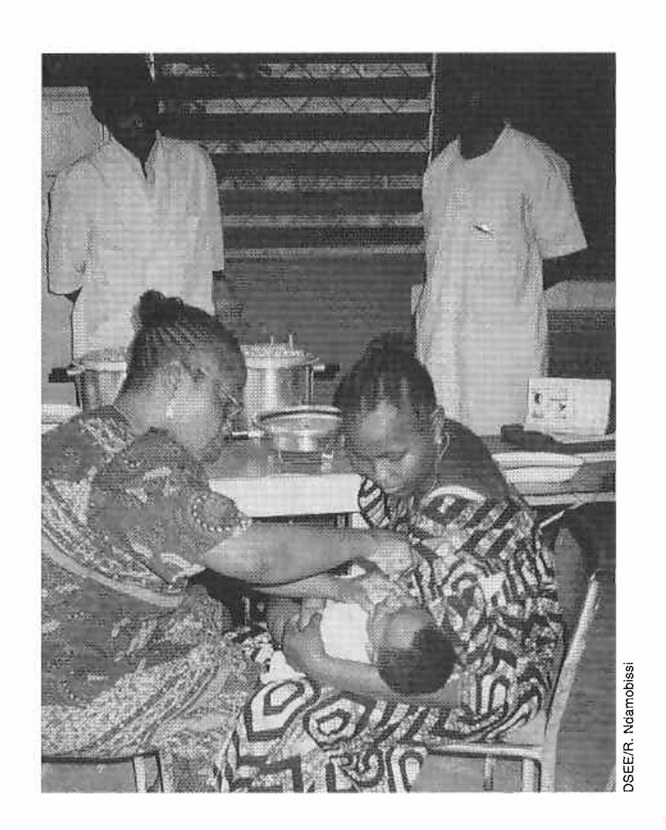
Graphique 20
Pratique de l'excision





Après l'excision, les deux tiers des femmes ont déclaré avoir eu des hémorragies (64 %), 41 % des douleurs et 21 % de la fièvre.

La majorité des femmes sont contre la pratique de l'excision (56 %) alors que 30 % soutiennent sa pratique.


DSEE/R. Ndamobissi

Disponibilité des services

Dans l'ensemble, plus de la moitié des femmes urbaines (57 %) résident dans des localités desservies, au moins, par un établissement de santé qui fournit des services de planification familiale. En milieu rural, les femmes résident dans des localités éloignées des établissements de santé offrant des services de planification familiale : seulement 17 % peuvent trouver un établissement offrant ce type de services dans un rayon d'un kilomètre.

Moins du tiers des mères (29 %) ont accès à un établissement offrant des services de santé maternelle et infantile à moins d'un kilomètre.

Synthèse et recommandations

Fécondité et planification familiale

Bien que la fécondité ait atteint le niveau de 5,1 enfants par femme, l'entrée précoce en union, les accouchements précoces, tardifs et rapprochés, la très faible pratique de la contraception moderne et le niveau encore élevé de mortalité infantile ne permettent pas d'envisager une transition démographique rapide en République Centrafricaine. Le fait que l'ensemble des paramètres démographiques soient restés quasiment stables témoigne de l'absence de contrôle des naissances par les couples. Cependant, ces derniers ont manifesté un grand intérêt pour l'utilisation des méthodes modernes de contraception en vue d'espacer les naissances.

Un défi est donc lancé au gouvernement, aux communautés et aux partenaires de la République Centrafricaine afin de satisfaire la demande combien importante des femmes en matière de planification familiale afin de sauvegarder la santé reproductive et limiter les avortements.

En plus de l'extension des services de planification familiale en milieu rural, des campagnes intenses d'Information, Éducation et Communication doivent être menées pour informer les jeunes, les couples, et les femmes sur le choix et l'utilité des différentes méthodes contraceptives et aussi pour informer les hommes de l'utilité de l'espacement des naissances.

La promotion de la contraception doit nécessairement s'accompagner d'une action de lutte concrète contre la stérilité qui demeure élevée à l'est du pays, région qui, par ailleurs connaît une prévalence élevée des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses improductives.

Santé de la mère et de l'enfant

Les résultats de l'EDSRCA ont montré que la mortalité infantile s'est maintenue à un niveau élevé et que la mortalité maternelle se situe à un niveau très préoccupant. La République Centrafricaine est encore loin d'atteindre l'objectif d'une mortalité infantile de 50 ‰ fixé par l'OMS pour l'an 2000.

Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement demeurent insuffisants. De même, la couverture vaccinale contre les six principales maladies de l'enfance est loin de répondre aux besoins élémentaires de la population.

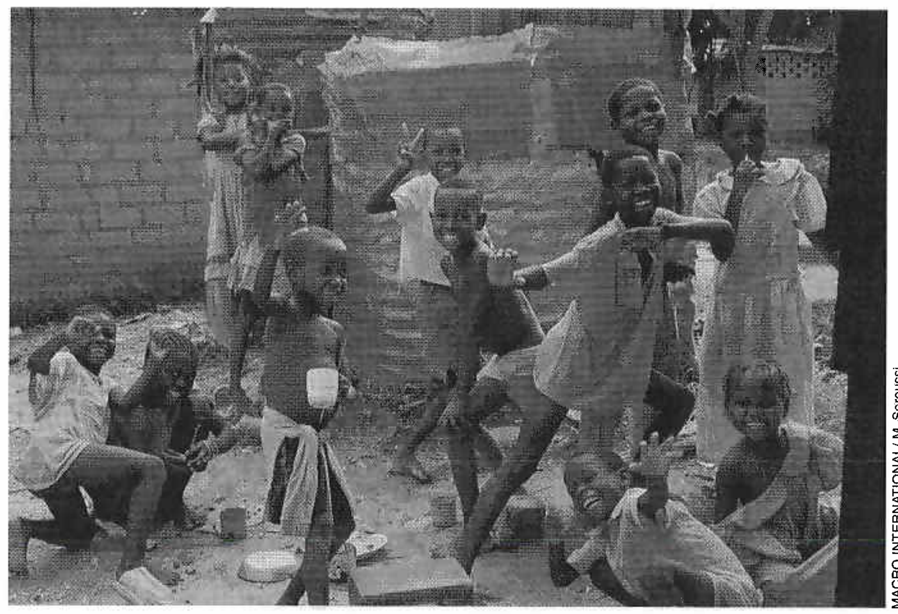
La prévalence des maladies diarrhéiques est élevée et très peu de mères utilisent les sels de réhydratation par voie orale pour y faire face. Une faible proportion de nouveau-nés sont exclusivement allaité au sein avant d'atteindre 4 mois. En outre, durant les premières heures suivant la naissance, à peine le tiers des mères donnent le sein à leur enfant.

Le retard de croissance, lié à la sous-nutrition, frappe plus de deux enfants sur cinq à partir de l'âge d'un an. Les maladies respiratoires, la diarrhée, la sous-nutrition et la rougeole sont les principales causes de décès des enfants de 1 à 35 mois.

Les résultats de l'EDSRCA appellent donc la communauté nationale et internationale à mobiliser les énergies et les ressources pour sauvegarder la survie de la mère et de l'enfant en République Centrafricaine.

Il importe de mener des actions ciblées et efficaces pour améliorer, rapidement, la situation :

- Concernant la santé reproductive : un programme national visant à prévenir les grossesses à risque doit être développé et effectivement mis en oeuvre, des campagnes d'éducation et de sensibilisation des mères doivent être menées sur les inconvénients des grossesses non suivies par le personnel de santé, les accouchements à domicile, la pratique de l'avortement ainsi que les avantages de la vaccination contre le tétanos.
- Concernant la santé des enfants : la lutte contre les maladies de l'enfance doit être prioritaires à travers le renforcement des soins de santé primaire et le renforcement du dispositif du PEV qui doit être réhabilité, redéfini et redynamisé pour permettre de d'augmenter rapidement la couverture vaccinale contre les six principales maladies de l'enfance.
- Sur le plan nutritionnel : il faudrait encourager et soutenir les actions d'information et d'éducation des mères en matière d'allaitement afin que l'introduction des compléments nutritionnels soit faite au moment propice. La mise en oeuvre effective d'un plan national d'action nutritionnel et l'éducation des mères, en particulier celles du milieu rural, pourraient permettre de réduire considérablement la sous-nutrition des enfants.
- Concernant la lutte contre les maladies respiratoires et diarrhéiques : un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et respiratoire devrait être mis en place et il faudrait encourager les mères, et leur offrir la possibilité, d'utiliser les différentes Thérapies de Réhydratation par voie Orale (TRO).
- Il importe, enfin, de développer les services de santé de base et d'orienter les actions d'information et d'éducation en faveur des populations rurales.



MACRO INTERNATIONAL/ M. Seroussi

Principaux indicateurs

Données du Recensement Général de la Population 1988

Population totale (en millions) 2,7
Population urbaine (%) 37,0
Accroissement annuel moyen (%) 2,0
Doublement de population (années) 35
Taux brut de natalité (pour mille) 41,6
Taux brut de mortalité (pour mille) 16,7
Espérance de vie à la naissance (années) 48,9

Enquête Démographique et de Santé en RCA, 1994-95

Taille de l'échantillon

Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès 5 884

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

Milieu urbain 42,6
Sans instruction 51,6
Instruction niveau primaire 34,8
Instruction niveaux secondaire et supérieur 13,5

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union 69,4
Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou l'ayant été 80,5
Âge médian (en années) à la première union (femmes de 20-49 ans) 17,4
Âge médian (en années) à la première naissance (femmes de 20-49 ans) 19,3
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[1] 20,6
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)[1] 14,1
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)[1] 10,4

Fécondité

Indice synthétique de fécondité[2] 5,1
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans 5,7
Préférences en matière de fécondité
Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– ne veulent plus d'enfants 11,9
– veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance 26,9
Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)[3] 6,4
Pourcentage de naissances des trois années précédant l'enquête qui:
– n'étaient pas désirées 7,0
– sont survenues trop tôt 16,0
Connaissance et utilisation de la planification familiale
Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– connaissent au moins une méthode 78,9
– connaissent une méthode moderne 68,6
– ont déjà utilisé une méthode 38,8
_ utilisent actuellement une méthode 14,8
– utilisent actuellement une méthode moderne 3,2

Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité infantile (/1 000)[4] 96,7
Quotient de mortalité juvénile (/1 000)[4] 67,2
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1 000)[4] 157,4

Mortalité maternelle

Taux de mortalité maternelle (/100 000)[5] (période de 0-13 ans avant l'enquête) 948

Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances[6] dont les mères ont :
– reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé 66,9
– ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique 69,7
Pourcentage de naissances[6] dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :
– un professionnel de la santé 45,9
– une accoucheuse traditionnelle 19,1
– un parent ou autre relation 33,2
– sans aucune assistance 1,8
Pourcentage d'enfants encore allaités au moment de l'enquête et âgés de :
– 14-15 mois 96,9
Pourcentage d'enfants encore allaités sans complément de liquides ou d'aliments :
– 0-1 mois 7,6
– 2-3 mois 2,0
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination 59,6
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été .... vaccinés contre[7] :
– le BCG 77,2
– le DTCoq (trois doses) 47,5
– la polio (trois doses) 45,7
– la rougeole 52,4
– toutes les vaccinations du PEV[8] 36,6
– aucune vaccination 18,4
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :
– la diarrhée 22,6
– la toux avec respiration courte et rapide 28,2
– la fièvre 34,8
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui :
– présentent un retard de croissance[9] 33,6
– sont émaciés[9] 7,1
– présentent une insuffisance pondérale[9] 27,3

MST et sida

Pourcentage de personnes connaissant le sida :
– Chez les femmes 92,9
– Chez les hommes 99.0
Pourcentage de personnes ayant une MST au cours des 12 derniers mois :
– Chez les femmes 8,1
– Chez les hommes 11,7

Excision

– Pourcentage de femmes excisées 43,4

1 Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête.
2 Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des trois années précédant l'enquête.
3 À l'exclusion des femmes de 15-49 ans ne s'étant pas prononcées sur un nombre précis.
4 Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête.
5 Décés maternels pour 100 000 naissances vivantes
6 Naissances survenues dans les 1-35 mois précédant l'enquête.
7 D'après les carnets de vaccination et les déclarations des mères.
8 Programme Élargi de Vaccination.
9 *Retard de croissance:* pourcentage d'enfants dont le score d'écart-type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET; *Émaciation:* pourcentage d'enfants dont le score d'écart-type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET; *Insuffisance pondérale*: pourcentage d'enfants dont le score d'écart-type pour la poids-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.